

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

133

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis COURSIER

né le 23 avril 1889, St-Reverien (Nièvre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TENSION ARTÉRIELLE
DANS L'OBÉSITÉ

Président : M. MÉNÉTRIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNÉ, 2

1922

881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis COURSIER

né le 23 avril 1889, St-Reverien (Nièvre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TENSION ARTÉRIELLE
DANS L'OBÉSITÉ



Président : M. MÈNÉTRIER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLEMIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES ONCLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.
Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUBERTIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a donné l'idée de cette thèse
et nous en a fourni les documents.
Nous le remercions de l'accueil bien-
veillant qu'il nous a fait dans son
service de l'Hospice de Brévannes et
le prions de croire à nos sentiments
de vive reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE CLERMONT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

L'obésité est un état pathologique caractérisé par l'hypertrophie plus ou moins générale du tissu adipeux. Les signes essentiels de cet état morbide sont l'augmentation du volume et du poids du corps, et la déformation de l'aspect extérieur de l'individu causée par l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire.

L'aspect de l'obèse est caractéristique, ce n'est qu'au début du développement du tissu adipeux qu'il peut y avoir doute sur le diagnostic, et nécessité de comparer le poids du malade au tableau des poids moyens établi par Quételet.

Nous avons étudié la tension artérielle dans 64 cas d'obésité : il s'agit uniquement dans nos observations d'obésité confirmée, évidente, (grande obésité de Heckel).

TYPES CLINIQUES

On distingue cliniquement trois types d'obésité.

1° Type Pléthorique.

L'obésité *Pléthorique* ou *Floride* des classiques, obésité par excès d'assimilation de A. Robin ou obésité simple de M. Labbé.

Cette modalité se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme. Ces obèses ont le teint coloré, le visage plein, le cou fort, l'abdomen proéminent, les membres volumineux, l'appétit et la soif sont exagérés, les fonctions digestives sont tout à fait normales.

2° Type Anémique.

L'obésité *Anémique*, *Lymphatique* ou *Asthénique*, obésité par défaut d'assimilation de A. Robin ou obésité compliquée de M. Labbé.

Elle s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Ici, les téguments sont pâles, la graisse moins ferme, la pression du doigt produit souvent un léger godet surtout aux membres inférieurs ce qui semble indiquer un certain degré d'infiltration œdémateuse.

L'appétit est médiocre, la dyspepsie et la constipation sont fréquentes, le malade est apathique, anhéant au moindre effort.

L'obésité anémique peut succéder par étapes progressives à l'obésité pléthorique.

3° Type Mixte.

L'obésité du type mixte est la plus fréquente. « Nous savons aussi, dit Heckel (1), qu'il existe des *formes mixtes* qui empruntent des éléments pronostiques à ces deux formes *anémique* et *floride* et qui sont, du reste, à partir d'un certain âge, d'une très grande fréquence. »

Cliniquement, en effet, les deux types primitifs d'obésité que nous venons de signaler ne sont pas toujours très tranchés ; et nombre de malades présentent des caractères appartenant aux deux types. Ce sont pour la plupart des obèses qu'on serait tenté de ranger dans le type anémique, étant donné la pâleur du visage et le léger degré d'asthénie, mais ces malades ont un appétit exagéré et leurs fonctions digestives sont parfaites.

(1) HECKEL, *Grandes et Petites Obésités*, Masson 1920, p. 371.

ÉTIOLOGIE

Nous avons recherché chez nos malades les conditions étiologiques généralement invoquées comme prédisposantes à l'obésité.

Hérédité.

Nous avons noté l'hérédité arthritique et l'hérédité directe dans 50 pour 100 des cas.

Affections associées.

Parmi les affections qui souvent coexistent avec l'obésité, nous avons relevé dans nos 64 observations, un cas de *diabète* (obs. XV 2^e groupe) 2 cas de rhumatisme chronique déformant (obs. III du 1^{er} Gr. ; obs. X du 2^e Gr.) ; 1 cas de lithiase rénale (obs. XVIII du 3^e Gr.).

Sexe.

Chez nos malades l'obésité est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Sur 64 cas on note 43 femmes pour 21 hommes.

Infections.

On sait que la tuberculose est parfois un facteur d'obésité, en effet nous la trouvons chez nos malades

dans 8 cas. Il s'agit d'une part de tuberculose osseuse (obs. I et XIV, 2^e Gr.; obs. VII, 3^e Gr.); ayant amené l'obésité, mais ici le facteur immobilisation au lit entre en jeu et nous y insisterons peu; d'autre part, nous relevons 5 cas de tuberculose pulmonaire floride (obs. XXVIII, XXIX, XXX, XXXI, XXXII du 3^e Gr.) dans ces cas, l'obésité a été soit causée, soit aggravée par la maladie.

Quant à la syphilis elle coexiste 10 fois sur 64 cas.

Insuffisance glandulaire.

Chez nos malades ce facteur entre peu en jeu en dehors de la ménopause 10 cas, puberté 2 cas, ovariectomie 2 cas.

Intoxications.

Parmi les intoxications qui entraînent l'obésité; l'alcoolisme est la plus fréquente, nous la notons 7 fois dans nos observations. Mais ici il faut faire remarquer que chez un très grand nombre de nos malades, un certain degré d'alcoolisme par abus du vin depuis de longues années doit être envisagé; il s'agit à la fois du vin fourni par l'Etablissement et du vin acheté à la cantine ou au dehors.

Quand on remarque que certains obèses sont hospitalisés depuis plus de dix ans on s'explique qu'il y ait dans ces cas un véritable petit alcoolisme chronique.

Sédentarité.

C'est une des grandes causes d'obésité chez nos malades. Les uns sont complètement immobilisés au

lit depuis plusieurs années (paraplégie, hémip légie, rhumatisme chronique déformant, etc.) 13 cas. D'autres s'asseyent à peine pendant quelques heures sur une chaise, d'autres font quelques pas dans la salle ; nous les avons groupés en malades demi-valides (18 cas). Bref, le facteur sédentarité joue un rôle considérable dans nos observations (50 pour 100 des cas).

Cependant il faut noter que la sédentarité et l'immobilisation au lit ne sont pas à eux seuls suffisants pour amener l'obésité, nous en donnons de nombreux exemples plus loin (voir tableau des malades non obèses immobilisés au lit) (page 60).

Alimentation.

La suralimentation ou plus exactement l'alimentation trop riche en hydrates de carbone joue certainement chez nos malades de Brévannes un rôle important dans l'étiologie de l'obésité. Un grand nombre d'entre eux sont au régime lacto-végétarien depuis plusieurs années. De plus, d'une enquête à laquelle nous nous sommes livré, il résulte qu'un grand nombre d'obèses préfèrent naturellement les légumes à la viande ; et se trouvent au régime lacto-végétarien, non par ordonnance médicale, mais par suite de leurs préférences. D'autres enfin, tout en étant théoriquement au grand régime, absorbent très peu de viande et se nourrissent surtout de soupe et de légumes. Le grand régime de l'Hospice est aussi très favorable au développement de l'obésité ; il comprend très peu de légumes verts, mais une forte proportion de farineux et de

viande, comme on peut s'en rendre compte par le tableau suivant donnant les menus du 1^{er} au 12 février 1921.

1^{er} Février. — 7 h., Soupe à l'oignon avec pois cassés.

11 h., Rôti de bœuf. Pois cassés.

17 h., Soupe à l'oseille. Purée de pommes de terre. Crème vanille.

2 Févr. — 7. h., Soupe à l'oignon et haricots.

11 h., Tête de veau. Pommes de terre au lard.

17 h., Soupe grasse. Bœuf miron-ton. Riz au gras.

3 Févr. — 7 h., Soupe à l'oignon et pois cassés.

11 h., Poisson frais. Purée de pommes de terre.

17 h., Soupe à l'oseille. Bœuf bouilli. Haricots à l'huile.

4 Févr. — 7 h., Soupe à l'oseille.

11 h., Omelette. Choux.

17 h., Soupe à l'oignon. Gâteau de riz. Purée de pommes de terre.

5 Févr. — Soupe à l'oignon et pois cassés.

11 h., Ragoût avec pois cassés.

17 h., Soupe grasse. Bœuf mode. Pommes au lard.

6 Févr. — 7 h., Soupe à l'oignon.

11. h., Bœuf miron-ton. Salade.

17 h., Soupe à l'oseille. Œufs coque. Pommes au lard.

7 Févr. — Soupe à l'oignon et aux haricots.

11 h., Rôti de bœuf. Haricots secs.

17 h., Soupe grasse. Bœuf à l'huile. Pommes au lard.

8 Févr. — 7 h., Soupe à l'oignon.

11 h., Bœuf bouilli. Choux.

17 h., Soupe à l'oseille. Pommes en robe de chambre. Gâteau de riz.

9 Févr. — Soupe à l'oseille.

11 h., Œufs à la coque. Purée de pommes de terre.

17. h., Soupe grasse. Bœuf bouilli. Salade.

10 Févr. — Soupe à l'oseille.

11 h., Poisson frais. Purée de pommes de terre.

17 h., Soupe grasse. Bœuf bouilli. Haricots à l'huile.

11 Févr. — 7 h., Soupe à l'oignon.

11 h., Bœuf mironton. Pommes en robe de chambre.

17 h., Soupe grasse. Œufs à la coque. Pois cassés.

12 Févr. — 7 h., Soupe à l'oignon et pois cassés.

11 h., Rôti de veau. Purée de pommes de terre.

17 h., Soupe à l'oseille. Haricots secs. Crème au café.

Remarques.

Chaque fois qu'il y a des pommes en robe de chambre les malades ont 10 grammes de beurre chacun.

L'alternat des denrées à mettre en consommation pendant le mois de février prescrit un plat de pommes de terre par jour.

En été le régime est à peine différent il ne comporte que rarement des légumes verts.

Notons enfin qu'un certain nombre de nos malades boivent de la bière à chaque repas et qu'un grand nombre d'autres (les femmes surtout) absorbent chaque jour une grande quantité de tisanes sucrées qu'elles ont à discrétion.

COMPLICATIONS POUVANT ÊTRE EN RAPPORT AVEC L'HYPERTENSION

L'obésité une fois constituée tend à faire des progrès continus. A mesure que le poids du corps s'accroît le malade devient peu à peu impotent ; sa résistance vitale est très diminuée et la mort est due le plus souvent à une des nombreuses complications inhérentes à la maladie.

Le rein chez ces malades offre une grande fragilité, d'ailleurs la fréquence de l'albuminurie légère, la diminution de la perméabilité rénale (Soupault), la rétention des chlorures, montrent que même en état de santé apparente, la filtration rénale n'est pas toujours suffisante. Pourtant Bouchard ne signale la néphrite nettement constituée que 4 fois sur 108 cas ; Oulmont et Ramond 3 fois sur 65 cas. Nous avons trouvé 3 cas de néphrite chronique (Obs. V et XVIII du 2^e Gr. ; Obs. XXV du 3^e Gr.), parmi nos 64 observations d'obèses.

Les urines sont d'ordinaire abondantes, en rapport avec la quantité des liquides absorbés. Parfois on note de la glycosurie qui peut être symptomatique du diabète mais qui peut être transitoire et d'origine alimentaire.

La quantité d'urée rendue dans les 24 heures est généralement au dessous de la normale.

L'examen des poumons révèle très souvent de l'emphysème, et il n'est pas rare que les obèses soient atteints de bronchites à répétition, de congestion des bases, de pneumonie. Du reste, l'essoufflement est continu chez eux et s'exagère au moindre effort ; ascension d'un escalier, marche rapide. Cette dyspnée est parfois d'origine mécanique et assez fréquemment d'origine cardiaque.

Mais de l'avis de tous les auteurs, les accidents les plus fréquents et les plus graves portent sur l'appareil circulatoire. L'obèse meurt par le cœur. D'après Chambers cité par Worthington sur 57 morts d'obèses, 50 doivent être attribuées aux accidents cardiaques.

En effet, dans l'obésité, le cœur est toujours environné d'une masse adipeuse, qui souvent, s'infiltré dans les interstices fasciculaires du myocarde ; il y a d'abord surcharge, puis infiltration graisseuse et enfin, dans les cas extrêmes, dégénérescence graisseuse ou stéatose. De leur côté, les artères, les veines et les capillaires qui forment le cœur périphérique sont enfouis dans de la graisse, masse inerte qui ne favorise nullement leur travail mécanique, ainsi que le font normalement les masses musculaires. Il faut aussi mettre en cause l'augmentation du poids du corps qui vient ajouter à l'effort cardiaque. Ces diverses considérations montrent que les accidents cardiaques sont surtout d'origine mécanique.

Les réactions du cœur et des vaisseaux au cours de l'obésité sont d'un grand intérêt, dit Heckel ; c'est la

pathologie cardio-vasculaire qui commande la gravité du syndrome.

« Les lésions de l'appareil circulatoire permettent de comprendre combien les obèses sont exposés aux graves conséquences de l'insuffisance motrice du cœur. Elles permettent de se rendre compte de la fréquence des accidents apoplectiques et comateux chez eux » (A. Mathieu) (1). Parfois les troubles cardio-vasculaires surviennent à l'occasion d'une bronchite, broncho-pneumonie, grippe, érysipèle, etc., ordinairement l'insuffisance cardiaque débute chez l'obèse assez sournoisement, ce sont d'abord des palpitations ; une dyspnée d'effort transitoire, un peu d'œdème malléolaire, puis surviennent la congestion chronique des bases, les accès nocturnes de dyspnée asthmatiforme, enfin l'asystolie s'installe progressivement.

La *mort subite* est très fréquemment signalée dans l'obésité. Romanelli (2) en 1915 a publié les statistiques d'une société d'assurances qui refusa en 1914, 308 sujets pour motif d'obésité. La raison qu'il donne des refus d'assurance est la diminution bien constatée de la durée moyenne de la vie et la fréquence de la mort subite chez les obèses assurés. D'autre part, Heckel, parlant de l'obésité du type pléthorique signale que la mort subite est la suite naturelle de l'évolution de ce type par l'hémorragie cérébrale et l'angine de poitrine ou l'urémie subite à forme d'œdème aigu. Le même auteur fait

(1) A. MATHIEU, *Hygiène de l'Obèse*, p. 23, Masson 1906.

(2) ROMANELLI, *Obésité et assurance. Policlinico*. Rome, Août 1915, cité par Heckel.

la remarque suivante : « Presque tous les cas de mort subite que j'ai eu l'occasion de connaître depuis 15 ans en clientèle se rapportaient à des obèses. »

Exception faite pour quelques cas de mort subite dus à la diathèse de la mort subite décrite par Gilbert et Baudouin, les causes de la mort sont dues ici à la rupture du cœur, l'œdème aigu du poumon, l'hémorragie cérébrale, l'angine de poitrine, l'urémie.

Mais ce qui est toujours très remarquable, c'est que ces accidents sont inopinés, et dus à l'évolution latente et silencieuse de lésions cardiaques et vasculaires, qui, en conservant au malade son embonpoint, le laissent dans une illusion dangereuse.

Or il est frappant de noter que ces accidents sont du même ordre que ceux observés au cours de l'hypertension artérielle chronique.

C'est le cas pour la rupture du cœur. Il résulte en effet des observations de René Marie qu'il faut pour la produire que le ventricule soit hypertrophié ; or, comme le dit avec raison cet auteur une hypertrophie essentielle ne peut être due qu'à une hypertension artérielle. De même pour l'hémorragie cérébrale « Il est de notion courante, dit Vaquez (1) que l'apoplexie cérébrale complique fréquemment l'hypertension, elle en est parfois même l'unique et l'ultime manifestation ». L'angine de poitrine, l'œdème aigu du poumon, la sclérose rénale et l'urémie peuvent aussi relever de la même cause.

L'hypertension artérielle est donc une des grandes causes de mort subite au cours de l'obésité.

(1) VAQUEZ, *Maladies du cœur*. Baillière. 1921.

Enfin, nous l'avons déjà signalé, les accidents d'insuffisance cardiaque sont la règle dans l'obésité. La mort par le cœur et dans l'asystolie est la fin ordinaire des obèses. Or, l'hypertension artérielle chronique est une des grandes causes d'insuffisance cardiaque. « La phase ultime des accidents cardio-vasculaires de l'hypertension dit Vaquez est constituée par l'insuffisance cardiaque progressive avec arythmie complète, stases viscérales, œdème périphérique, etc... » Dans quelle mesure l'hypertension artérielle est-elle responsable de ces accidents cardiaques de l'obésité ? C'est ce qu'indiquera une étude systématique de la tension artérielle chez les obèses.

ETAT DE LA TENSION ARTÉRIELLE DANS L'OBÉSITÉ

Les auteurs ne semblent pas d'accord sur l'état de la tension artérielle dans l'obésité.

Pour Florand et François (1), le cœur et les artères ne présentent pas d'altération appréciable dans l'obésité *floride* ; la *tension artérielle est normale* ou modifiée par des causes indépendantes de l'obésité.

Dans l'obésité du type *anémique* « les artères sont très fréquemment indurées et la sclérose vasculaire a pour conséquence habituelle l'hypertension mais celle-ci n'est pas constante et c'est surtout parmi les obèses anémiques qu'on rencontre ces artério-scléreux hypotendus sur lesquels Huchard a justement attiré l'attention ».

Heckel au contraire dit « on peut affirmer que les obèses à tensions normales sont l'exception. Bien qu'il soit impossible de donner une formule générale applicable à chaque cas, un premier classement s'impose. Les obèses pléthoriques ont une formule générale d'hy-

(1) FLORAND et FRANÇOIS, *Goutte et obésité*, Doin, 1920.

pertension aussi bien veineuse qu'artérielle. Au contraire les obèses atoniques ont de l'hypotension artérielle du moins dans la plus grande partie de leur évolution ».

Pour Gallavardin l'obésité coïncide souvent avec une hypertension modérée autour de 15 ou 16.

Dans une étude sur l'hypertension artérielle P. Merklen distingue quatre modalités d'hypertension ; la troisième modalité, dit-il, est liée à l'obésité et aux modifications concomitantes de la statique abdominale. Il y a lieu de remarquer que les cas observés par cet auteur sont des cas d'obésité pure chez des sujets dont l'âge variait de 16 à 41 ans. « *Nos malades, écrit Merklen, ne présentaient aucun signe objectif d'insuffisance rénale ; ils faisaient partie du groupe aujourd'hui incontesté des hypertendus simples.* »

Etudiant la tension artérielle dans 43 observations de « Cent kilogs » A. Martinet s'exprime ainsi : « Il convient de noter une fois de plus le fait que l'élévation anormale du poids corporel s'accompagne le plus souvent d'une élévation anormale de la tension artérielle et cette relation est appréciable dès l'enfance ».

Enfin E. Binet commence ainsi son rapport au Congrès de Médecine de Paris 1907 : « En examinant les obèses au point de vue de la tension artérielle, il est facile de constater que certains, *en dehors de toute lésion cardiaque ou vasculaire présentent de l'hypertension* ».

Dans la statistique où Le Noir signale les associations morbides le plus fréquemment rencontrées chez les obèses l'hypertension artérielle vient en tête avec 55 pour 100 de coexistence ; viennent ensuite la néphrite

avec 18 pour 100, l'albuminurie 14 pour 100, la glycosurie 11 pour 100, le diabète 7 pour 100. Pour Leven il y a un rapport constant chez les obèses entre la pression artérielle, la fréquence du pouls et le poids du corps. Le traitement de l'obésité amène en même temps que la diminution du poids un abaissement progressif de la tension artérielle. Nous avons étudié la tension artérielle dans les trois types d'obésité : Floride, Mixte et Anémique et classé nos observations en trois groupes : 1° *Malades immobilisés au lit.*

2° *Malades demi valides* (ceux qui se lèvent pour faire quelques pas dans la salle ou s'asseoir dans un fauteuil)

3° *Malades valides.*

Nos observations ont été recueillies dans le service du Docteur Aubertin à l'Hospice de Brévannes.

Premier Groupe

MALADES CONFINÉS AU LIT

Obs. I. — Obésité du type *Mirte*.

Mme C... âgée de 67 ans. Taille 1 m. 60. Poids 123 kgs.
Antécédents maternels d'obésité. Un frère obèse.

La malade a commencé à grossir dès l'enfance. Toujours réglée régulièrement ; a eu deux enfants. Ménopause à 50 ans. Vers cette époque elle commence à éprouver de la difficulté à se déplacer et s'essouffle très rapidement ; cette impotence va en s'accroissant peu à peu et depuis 1905 elle reste confinée au lit. A partir de ce moment son obésité augmente de plus en plus.

Admise dans le service du Dr Aubertin en février 1919 pour obésité simple avec hypertension. La malade est actuellement immobilisée au lit, toujours dans la position assise, elle ne fait presque aucun mouvement. Tout le tissu cellulaire sous-cutané est envahi par une épaisse couche de graisse. Les membres sont énormes et déformés par l'abondance du tissu adipeux. L'abdomen est volumineux et s'étale sur les cuisses. Le tube digestif fonctionne normalement ; les selles sont régulières. La malade est au grand régime de l'Hôpital.

On note un peu d'emphysème pulmonaire. Les bruits du cœur sont normaux mais assourdis.

Tension Artérielle : Riva-Rocci : 28-13 1/2. Pachon : 27-11.
Les urines contiennent des traces d'albumine.

Obs. II. — Obésité du type *Mixte*.

Mme Osw... âgée de 54 ans. Taille 1 m. 43. Poids 123 kg 500.
Atteinte de paralysie infantile.

Antécédents maternels d'obésité. La malade a commencé à grossir dès l'enfance. Les règles ont toujours été régulières ; ménopause normale à 50 ans.

Actuellement obésité très accentuée avec difformité. Circonférence à l'ombilic 1 m. 80. La malade est confinée au lit depuis 10 mois. Les fonctions digestives sont normales. Régime alimentaire : Grand régime avec vin. La malade a une préférence marquée pour les légumes et boit beaucoup.

Léger emphysème pulmonaire. Dyspnée fréquente.

Les bruits du cœur sont normaux mais assourdis.

Tension Artérielle : Riva-Rocci : 18-9. Pachon : 19-9.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Obs. III. — Obésité du Type *Mixte*.

Ch... âgée de 59 ans. Taille 1 m. 50. Poids successifs : 88 kgs en juin 1920 : 96 kgs en juin 1921.

Atteinte de rhumatisme chronique déformant.

Aucun antécédent héréditaire d'obésité. Était maigre étant jeune ; a commencé à engraisser tout de suite après son premier accouchement. Ménopause normale vers 50 ans. A cette époque s'installe progressivement le rhumatisme déformant. Est immobilisée au lit depuis le 14 mars 1912, date de son entrée à Tenon. Est admise à l'Hospice de Brévannes en mai 1913 : son obésité s'est accrue de plus en plus depuis son entrée. De juin 1920 à juin 1921, son poids a augmenté de 8 kilogs. La malade souffre très peu de son rhumatisme. Les digestions sont très bonnes (grand régime avec vin)

Le foie n'est pas hypertrophié. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension Artérielle : Riva-Rocci : 20-11- Pachon : 21-9.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. IV. — Obésité du Type *Floride*.

Gl... âgée de 44 ans. Taille 1 m. 57. Poids 94 kgs. Pesait 63 kgs en 1910.

Atteinte d'Hémiplégie droite avec aphasie et contractures.

Antécédents maternels d'obésité. A surtout grossi depuis son hémiplégie. Début par ictus en 1910 ; est immobilisée au lit depuis cette époque. La malade accuse très fréquemment des douleurs dans la région précordiale et à la nuque.

Elle présente presque chaque mois des ictus avec stertor, mydriase ; d'une durée moyenne de 12 heures sans nouvelle hémiplégie ; ces attaques coïncident souvent avec le début des règles.

Le tube digestif fonctionne normalement. Régime lacto-végétarien. Le foie n'est pas hypertrophié. Respiration normale.

Les bruits du cœur sont normaux.

Tension Artérielle : Riva-Rocci : 20-11 1/2. Pachon : 19-10 1/2 (juin 1921).

Riva-Rocci : 20-11 1/2. Pachon : 19-10 1/2 (décembre 1921)

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. V. — Obésité du Type *Mixte*.

Kn.. âgée de 49 ans. Taille 1 m. 50. Poids : 94 kgs.

Antécédents maternels d'obésité. Scarlatine à 13 ans ; était déjà grosse à ce moment. A 17 ans pesait 57 kilogs. Mariée à 30 ans ; 4 fausses couches et un enfant mort à terme.

Atteinte d'hémiplégie Σ en 1915. Après une journée de travail la malade se sentant fatiguée s'endort puis se réveille avec une hémiplégie gauche. Entrée à l'Hospice de Brévannes depuis le 20 mars 1915 elle est confinée au lit depuis

cette date et signale qu'elle a grossi beaucoup depuis qu'elle garde le lit.

Etat actuel hémiplegie gauche avec contracture.

Digestions très bonnes. Grand régime avec vin.

Bruits du cœur normaux.

Tension Artérielle : Riva-Roci : 20-8. Pachon : 25-11.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. VI. — Obésité du type *Floride*.

Fril..., âgée de 62 ans. Taille 1 m. 52. Poids 90 kg. 800.

Atteinte de paraplégie névritique.

Aucun antécédent héréditaire d'obésité. La malade très mince dans sa jeunesse a grossi depuis la ménopause. Sa paraplégie a commencé brusquement en 1909. Confinée au lit depuis 12 ans la malade grossit de plus en plus ; a augmenté de 1 kg. 800 de 1920 à 1921. Ses digestions sont très bonnes. Grand régime avec vin. La malade mange beaucoup.

Bruits du cœur normaux. Foie non augmenté de volume.

Tension artérielle : Riva-Rocci 17-8. Pachon : 18 1/2-7.

Obs. VII. — Obésité du type *Floride*.

Fræh..., âgée de 59 ans. Taille 1 m. 50. Poids 85 kilogr.

Atteinte d'hémiplegie droite puis de paraplégie.

Aucun antécédent d'obésité. La malade n'était pas grosse dans l'enfance. Son obésité s'est constituée progressivement depuis son arrivée à l'hospice de Brevannes en Février 1907.

En janvier 1907 ictus suivi d'hémiplegie droite avec aphasie ; les mouvements du bras reparaissent peu à peu et sont normaux trois mois après l'attaque ; la parole redevient normale en six mois mais progressivement s'installe la paraplégie.

La malade est confinée au lit depuis février 1907. Le teint est coloré. Le tube digestif fonctionne très normalement. Grand régime avec vin. Appareil respiratoire normal. Le deuxième bruit du cœur est claqué.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 24-13. Pachon : 25-11. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Obs. VIII. — Obésité du type *Mixte*.

Bes..., âgée de 61 ans. Taille 1 m. 61. Poids 94 kg. 500..

Atteinte de tabes avec amaurose et d'insuffisance aortique.

Antécédents maternels d'obésité. A toujours été très grosse ; pesait 100 kilogs à 30 ans. Mariée, un enfant mort 6 jours après l'accouchement. Début du tabes il y a trois ans par troubles de la vue, dérochement des jambes, crises gastriques, céphalée. A été soignée dès cette époque à l'hôpital St-Antoine (injections intraveineuses).

Entrée à l'Hospice de Brévannes en décembre 1919 elle n'a pas quitté le lit depuis cette époque. Son obésité s'est accrue peu à peu ; est passée de 82 kilogs en juin 1920 à 94 kg. 500 en juin 1921. Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin.

Signes d'insuffisance aortique ; souffle, pouls bondissant crises d'oppression assez fréquentes.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 21-5. Pachon : 24-4. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. IX. — Obésité du type *Mixte*.

Lagn..., âgé de 71 ans. Taille 1 m. 50. Poids 76 kilogs.

Hémiplégie droite avec aphasié, d'origine syphilitique.

Ce malade est confiné au lit depuis 1916, l'obésité est survenue depuis cette époque et va en progressant.

Pesait 74 kilogs en 1920, il atteint 75 kilogs en juin 1921.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin. Le foie n'est pas hypertrophié. Respiration normale. Contracture du bras droit en flexion, jambe droite en extension. Signe d'Argyll. Les bruits du cœur sont assourdis.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 17 1/2-8. Pachon : 19-8. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. X. — Obésité du type *Anémique*.

Cont..., âgée de 77 ans. Taille 1 m. 44. Poids 78 kilogs. Paraplégie lacunaire. Emphysème.

Antécédents maternels d'obésité. La malade a toujours été très grosse. Pesait 100 kilogs à 44 ans. Mariée ; 3 enfants bien portants. Vers 60 ans la malade a vu s'installer très progressivement sa paraplégie, simple faiblesse dans les jambes puis marche difficile et impotence complète. Entrée à l'Hospice de Brévannes le 12 décembre 1918 elle est confinée au lit depuis cette époque. On note une augmentation du poids depuis l'immobilisation au lit : 72 kgs. à l'entrée ; 74 kgs. en 1920 ; 78 kgs en 1921.

Les troubles digestifs sont fréquents. Régime lacto-végétarien.

Cœur normal.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 18-10. Pachon (impossible, tremblement sénile). Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XI. — Obésité du type *Mixte*.

Hub..., âgée de 71 ans. Taille 1 m. 50. Poids 74 kgs. Hémip légie droite avec aphasie datant de 1913. Antécédents paternels d'obésité.

Malade confinée au lit depuis 9 ans. Augmentation du poids ; de 68 kgs en 1913 à 74 kgs en 1921. L'obésité est surtout abdominale.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin. Clangor aortique très marqué.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 26-15. Pachon : 27-13. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XII. — Obésité du type *Mixte*.

Rib..., âgée de 68 ans. Taille 1 m. 47. Poids 66 kgs.

Hémiplégie droite avec aphasie.

Pas d'antécédents d'obésité. La malade a très peu aug-

menté de poids depuis son immobilisation au lit qui date du 18 décembre 1919 jour de son entrée à l'Hospice : de 63 kgs à 66 kgs.

Les fonctions digestives sont normales ; la malade mange beaucoup ; régime lacto-végétarien.

Cœur normal, léger clangor.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 24-13 1/2. Pachon : 27-11.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XIII. — Obésité type *Floride*.

Vinc..., âgée de 61 ans. Taille 1 m. 43. Poids 92 kgs.

Genu valgum. Antécédents maternels d'obésité ; frères et sœurs obèses. Mariée à 23 ans ; deux enfants vivants. Typhoïde à 28 ans. Très sujette aux accès de migraine. Son obésité est apparue dès l'enfance ; pesant 60 kgs à l'âge de 11 ans.

Poids en 1907 : 103 kgs. C'est à cette époque qu'elle entra à l'Hôpital Andral pour troubles de la ménopause. Admise à l'Hospice de Brévannes le 31 mai 1915 elle est confinée au lit depuis cette époque.

Les fonctions digestives sont normales : grand régime avec vin. Poumons : congestion légère des bases.

Cœur : bruits normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 23-13. Pachon : 22-13. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Deuxième Groupe

MALADES DEMI-VALIDES

Obs. I. — Obésité du type *Mixte*.

Van..., âgée de 62 ans. Taille : 1 m, 55. Poids : 92 kgs.

Obésité consécutive à l'immobilisation au lit pour amputation de jambe.

Pas d'antécédents d'obésité. Très alerte avant de devenir obèse la malade se plaint surtout actuellement d'essoufflement au moindre effort. Vers l'âge de 45 ans au moment de la ménopause elle commença à grossir, mais elle ne devient réellement obèse qu'à 53 ans.

A cette époque elle subit l'amputation de la jambe droite à Lariboisière (Dr Chaput) pour fistules multiples du pied droit. Elle garde le lit pendant trois ans à la suite de l'opération la cicatrisation du moignon étant extrêmement lente.

L'obésité s'accroît progressivement ; la malade prend très peu d'exercice ; fait son lit, se promène dans la salle ; n'est jamais sortie au dehors depuis son admission. Répartition généralisée du tissu adipeux. Mensuration à l'ombilic : 105 centimètres.

Les digestions sont normales ; pas de constipation. Grand régime avec vin. La malade absorbe beaucoup de liquides ;

deux litres de tisanes par jour. Aliments préférés : soupe, féculents et graisses.

Emphysème pulmonaire. Foie normal, œdème malléolaire chaque soir, disparaît le matin au réveil. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 26-12. Pachon : 27-11. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Obs. II. — Obésité du type *Floride*.

Henr..., âgée de 64 ans. Taille : 1 m. 51. Poids : 101 kg. 300. Obésité simple. Mensuration de l'abdomen à l'ombilic : 1 m. 25.

Antécédents maternels d'obésité. Mariée ; une fille. Règles très régulières. A commencé à grossir à la ménopause ; à 43 ans pesait 75 kgs. Entrée à l'Hospice de Brévannes en 1919, pesait à ce moment 95 kgs. La malade augmente constamment de poids depuis cette époque ; elle ne se lève que rarement et fait quelques pas dans la salle ; elle se plaint de fortes douleurs de la jambe gauche lorsqu'elle marche.

Digestions bonnes, selles régulières. Grand régime avec vin. Appareil respiratoire normal. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 20-10. Pachon : 24-9. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. III. — Obésité du type *Mixte*.

Dum..., âgée de 45 ans. Taille 1 m. 54. Poids 92 kg. 700. Mensuration de l'abdomen à l'ombilic : 1 m. 25. Paraplégie infantile.

Antécédents paternels et maternels d'obésité. A été obèse dès l'enfance. Règles régulières. Entrée à l'Hospice de Brévannes il y a dix ans pesait à cette époque 88 kgs. 600 ; son obésité s'accroît peu à peu. Exercice très modéré ; se promène dans la salle.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec bière, tisanes en abondance, la malade absorbe beaucoup de liquides.

Appareil respiratoire normal. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 21 1/2-11. Pachon : 22-13.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. IV. — Obésité du type *Mixte*.

Wat, âgée de 50 ans. Taille 1 m. 53. Poids 85 kgs.

Paraplégie syphilitique progressive.

Antécédents paternels et maternels d'obésité.

Mariée pas d'enfants. Règles normales. A toujours été grosse, mais a surtout grossi depuis son séjour à la Salpêtrière il y a trois ans. La malade a remarqué que son obésité s'était fortement accrue à la suite de cinq séries d'Hectine faites à la Salpêtrière. Entrée à l'hospice de Brévannes le 11 juillet 1921 elle signale que la marche devient de plus en plus difficile ; elle ne fait plus que quelques pas dans la salle ; mais les douleurs des jambes vont en s'atténuant peu à peu.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec bière. La malade mange beaucoup.

Appareil respiratoire normal. Pouls 88 régulier et tendu. Le 1^{er} bruit du cœur est sourd.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 21 1/2-12 1/2. Pachon 24-12.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. V. — Obésité du type *Anémique*.

Dav. âgée de 53 ans. Taille 1 m. 47. Poids 73 kgs.

Obésité chez une rénale. Aucun antécédent d'obésité.

Scarlatine à 8 ans. Mariée deux enfants. Règles toujours irrégulières et peu abondantes. Début de l'embonpoint à 27 ans. Ménopause avec nombreux troubles à 46 ans.

Etat actuel : utérus fibromateux ; hémorragies intermittentes.

Bronchite chronique avec fréquentes poussées de congestion des bases, fièvre constante, 38° le soir. Léger œdème malléolaire. Digestions difficiles. Constipation fréquente. Régime lacto-ovo-végétarien. Exercice très modéré, se promène dans la salle. Clangor aortique.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 27-16. Pachon : 30-14.

Les urines contiennent des traces d'albumine. Pas de sucre.

Obs. VI. — Obésité du type *Mixte*.

Hyv, âgée de 63 ans. Taille 1 m. 54. Poids 80 kgs.

Impotence des membres inférieurs pour troubles parétiques. Pas d'antécédents d'obésité. Mariée, 5 enfants. Etait de poids normal à son entrée à l'hospice de Brévannes en 1910. La malade a commencé à grossir au moment de la ménopause. Son obésité va s'accroissant de plus en plus ; elle ne prend presque pas d'exercice ; se lève et s'assied près de son lit ou fait quelques pas dans la salle à l'aide d'une chaise. Poumons et foie normaux. Clangor aortique marqué. Fonctions digestives normales : Grand régime avec vin.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 22-13. Pachon 22-12.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. VII. — Obésité du type *Mixte*.

Pie, âgée de 38 ans. Taille 1 m. 50. Poids 84 kgs.

Paralysie infantile.

Antécédents maternels d'obésité. Obésité dès l'enfance.

Etat actuel : reliquat de paralysie infantile, pied ballant à droite, pied gauche en varus équin. La malade prend très peu d'exercice ; fait quelques pas dans la salle ou reste assise près de son lit.

Fonctions digestives normales : grand régime avec vin.

Appareil respiratoire : signes de bronchite chronique et d'emphysème. La malade a été soignée au Sanatorium en 1910 (hémoptysies en 1910 et en 1920) actuellement encore les transpirations nocturnes sont abondantes et constantes. On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats. Cœur normal.

Tension artérielle : Riva-Rocci 14 1/2-9. Pachon 18-11.

Les urines contiennent des traces d'albumine.

Obs. VIII. — Obésité du type *Floride*.

Mar., 63 ans. Taille 1m. 47. Poids 94 kgs.

Emphysème. Troubles psychiques.

Antécédents paternels d'obésité. Obésité dès l'enfance.

La malade a toujours été sujette aux bronchites. Mariée : 9 enfants. Entrée à l'hospice de Brévannes le 20 septembre 1920, a beaucoup grossi depuis son entrée. Les fonctions digestives sont normales : grand régime avec vin. Très peu d'exercice ; la malade se promène seulement dans la salle. Ni varices, ni œdèmes.

Signes d'emphysème pulmonaire. Clangor aortique.

Tension artérielle : Riva-Rocci 24-11. Pachon : 25-10.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. IX. — Obésité du type *Mixte*.

Cant. 55 ans. Taille 1 m. 68. Poids 90 kgs.

Coxalgie gauche. Ovariectomie.

Pas d'antécédents d'obésité. La malade ne commence à grossir qu'à la suite de l'ovariectomie pour fibrome et salpingite. Son poids habituel avant l'opération était de 65 kgs. Il y a trois ans hémorragie rétinienne œil gauche ; vision très diminuée de ce côté.

Les fonctions digestives sont normales. Régime lacto-végétarien. Appareil respiratoire normal. Le foie n'est pas perceptible au palper. La malade se plaint souvent de douleurs lombaires. On note un léger état dyspnéique de façon constante avec œdème peu accentué des deux jambes. Exercice très modéré ; la malade se promène dans la salle mais s'essouffle très facilement.

Le second bruit du cœur est très claqué.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 28-18. Pachon : 31-16

Les urines contiennent de l'albumine par intermittences.

Obs. X. — Obésité du type *Anémique*.

Hatt. 77 ans. Taille 1 m. 43. Poids 85 kgs 400.

Rhumatisme chronique déformant.

Antécédents paternels et maternels d'obésité. La malade n'a commencé à grossir qu'à la ménopause. (Poids à 30 ans 60 kgs) Les déformations rhumatismales siègent surtout aux genoux et aux pieds. La malade marche dans la salle en s'aidant d'une chaise.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents, la constipation est la règle. Régime végétarien ; la malade mange peu. Bronchites fréquentes. Le second bruit du cœur est clangoreux.

Tension artérielle : Riva-Rocci 19-9. Pachon 22-10.

Les urines contiennent des traces d'albumine par intermittences.

Obs. XI. — Obésité du type *mixte*.

Gou. 62 ans. Taille 1 m. 55. Poids 81 kgs. 500.

Ulcère variqueux jambe gauche.

Aucun antécédent d'obésité. La malade a commencé à grossir vers l'âge de 30 ans. Profession : cuisinière. A 40 ans pesait 108 kgs.

La malade se plaint de crises d'étouffement fréquentes, pas de céphalée ni vertiges, pollakiurie nocturne habituelle. Les digestions sont assez bonnes mais lentes ; la constipation est fréquente. Appareil respiratoire normal. Souffle systolique aortique, clangor du second bruit. Pas d'albumine dans les urines.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 25-13. Pachon : 24-15 (1^{er} octobre 1919).

Tension artérielle : Riva-Rocci : 23-14. Pachon : 25-13 (décembre 1921).

Obs. XII. — Obésité du type *Mixte*.

Duv. 53 ans. Taille 1 m. 31. Poids 75 kgs 200.

Fracture de l'extrémité inférieure du fémur droit datant de l'enfance ; ankylose du genou ; raccourcissement.

Antécédents maternels d'obésité. Obésité dès l'enfance.

Malade sujette aux maux de tête.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin.

Exercice très modéré car douleurs à la marche siégeant au niveau du genou droit. Appareil pulmonaire normal. Second bruit aortique claqué. Pas d'albumine dans les urines.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 19-10. Pachon : 21-11.

Obs. XIII. — Obésité du type *Mixte*.

Br. 62 ans. Taille 1 m. 43. Poids 85 kgs.

Troubles dyspeptiques Goître.

Aucun antécédent d'obésité. La malade n'a commencé à grossir qu'au moment de la ménopause. Actuellement obésité surtout abdominale. Varices. Etat dyspnéique au moindre effort. Vertiges fréquents. Œdème malléolaire le soir.

Les fonctions digestives sont redevenues normales depuis près d'un an ; elles avaient débuté au moment de la ménopause et consistaient en des crises d'entérite très fréquentes accompagnées de troubles gastriques. Actuellement régime normal. Bière, tisanes en abondance. Léger emphysème pulmonaire. Clangor du second bruit.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 21-9. Pachon : 26-10.

Obs. XIV. — Obésité du type *Floride*.

Hec., âgé de 69 ans. Taille 1 m. 62. Poids 104 kgs.

Tumeurs blanches fistulisées du poignet droit et du pied droit. Profession : peintre en bâtiment. Aucun antécédent héréditaire d'obésité. Vers 59 ans le malade commence à grossir mais l'obésité s'accroît beaucoup de 1917 à 1918 car il est resté immobilisé au lit pour ses fistules du pied pendant toute cette année. Le poids augmente encore constamment 100 kgs 700 en 1920 ; 104 kgs en décembre 1921. Les maux de tête sont fréquents et surtout localisés à la nuque. Varices des membres inférieurs. Très peu d'exercice, marche à l'aide de béquilles.

Les fonctions digestives sont normales : Grand régime avec lait. Appareil respiratoire léger emphysème. Clangor du second fruit

Tension artérielle : Riva-Rocci : 21-13 1/2. Pachon : 24-15.
Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XV. — Obésité du type *Mixte*.

Aucl. âgé de 70 ans. Taille 1 m. 63. Poids 92 kgs au début de 1921 ; 87 kgs en novembre 1921.

Diabète gras et syndrome cérébelleux.

Antécédents paternels et maternels d'obésité. Le malade a toujours été très gros. Poids à 18 ans 74 kgs. En 1904 il atteint 106 kgs. Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin. Il y a de la polyphagie et polydipsie. Le foie est un peu gros. Appareil pulmonaire normal. Clangor aortique très accentué. Le malade se déplace à l'aide de deux cannes, il ne peut marcher longtemps.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 22-10 1/2. Pachon : 26-12.
Les urines très abondantes contiennent du sucre et pas d'albumine.

Obs. XVI. — Obésité du type *Anémique*.

Lomb. âgé de 46 ans. Taille 1 m. 56. Poids 91 kgs.

Paraplégie. Obésité surtout abdominale.

Antécédents paternels d'obésité. Le malade a commencé à grossir seulement quelque temps après le début de sa paraplégie. (Poids à 20 ans : 65 kgs). Il y a dix ans la paraplégie s'est constituée rapidement avec de violentes douleurs lombaires ; le malade avait eu un chancre à l'âge de 20 ans et n'avait suivi aucun traitement. Depuis son entrée à l'hospice de Brévannes son poids augmente constamment : 89 kgs en 1920 ; 91 kgs en 1921. Exercice presque nul ; le malade est constamment assis dans un fauteuil. Les troubles digestifs sont habituels ; le malade mange peu, les digestions sont lentes et douloureuses ; la constipation est la règle : grand régime avec vin. L'appareil pulmonaire est normal. Le foie est un peu gros. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 14-7. Pachon 17-7. Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Obs. XVII. — Obésité du type *Pléthorique*.

Am. âgé de 66 ans. Taille 1 m. 70. Poids : 99 kgs 500 en 1921.

Fracture du col du fémur. Ethylisme.

Antécédents paternels et maternels d'obésité. Le malade a été obèse dès l'enfance. Profession : marchand de vin ; son poids habituel avant sa fracture variait entre 110 et 112 kgs. Menait une vie très active mais signale de la dyspnée au moindre effort. Actuellement exercice très modéré ; la marche est rendue très difficile par l'ankylose complète de la hanche droite ; le malade ne sort que rarement au dehors. On note une diminution de poids depuis l'accident survenu en 1913 ; en un an le poids était descendu à 108 kgs, il s'est abaissé ensuite progressivement jusqu'à 99 kgs poids actuel. Les fonctions digestives sont normales. Léger emphysème pulmonaire. Le second bruit du cœur est clangoreux.

Tension artérielle : Riva Rocci 21 1/2-9 1/2. Pachon 26 1/2-10
Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Obs. XVIII. — Obésité du type *Anémique*.

Mor., âgé de 69 ans. Taille 1 m. 62. Poids 84 kgs 500.

Néphrite chronique avec léger œdème. Fracture du col du fémur.

Antécédents paternels et maternels d'obésité. Le malade a été obèse dès l'enfance. Poids à 25 ans : 85 kgs.

Actuellement obésité surtout abdominale. Troubles intellectuels par intermittences. Les artères radiales et temporales sont sinueuses et dures. On note presque constamment des râles de stase pulmonaire aux deux bases. Les bruits du cœur sont assourdis ; il n'y a pas de bruit de galop.

Exercice presque nul ; le malade passe ses journées assis près de son lit.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 17-10. Pachon 17-7 1/2. Les urines contiennent de l'albumine par intermittences.

Troisième Groupe

OBÈSES VALIDES

Obs. I. — Obésité du type *Floride*.

Mi. Âgé de 58 ans. Taille 1 m. 66. Poids 103 kgs.

Hémiplégie Σ : gauche avec contracture.

Pas d'antécédents héréditaires d'obésité. Le malade a commencé à grossir à 20 ans. A 24 ans faisant son service militaire au Tonkin, pesait 100 kg.

Actuellement malade pléthorique au teint coloré, très gros mangeur (beaucoup de viande) ; prend beaucoup d'exercice (longues marches matin et soir).

L'appareil respiratoire est normal. Les bruits du cœur sont un peu assourdis.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 13-8. Pachon : 17-71/2. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. II. — Obésité du type *Floride*.

Bos., 58 ans. Taille 1 m. 69. Poids 108 kgs.

Hémiplégie Σ : droite probable.

Antécédents maternels d'obésité. Le malade a été obèse dès l'enfance. Poids successifs : 82 kgs à 20 ans. Poids habituel de 30 à 40 ans : 117 kgs. En 1919 ictus suivi d'hémiplégie

droite ; le malade perd peu à peu de son poids depuis cette époque : 109 kgs en 1920 ; 108 kgs en 1921. Actuellement dysarthrie par intermittences, maux de tête fréquents surtout à la nuque. Facies congestif.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin (malade gros mangeur et buveur). Léger emphysème pulmonaire. Cœur normal. Le malade se promène chaque jour au dehors en s'aidant d'une canne.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 20-13. Pachon 28-13 (ampl. 12), (mai 1920).

Tension artérielle : Riva-Rocci : 22-12. Pachon : 28-11 1/2 (ampl. 15), (déc. 1921).

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

Obs. III. — Obésité du type *Mixte*.

Har., âgé de 38 ans. Taille 1 m. 76. Poids 100 kgs.

Paraplégie syphilitique.

Père obèse (poids habituel 106 kgs) diabétique mort à 58 ans. L'obésité a débuté dès l'enfance. Poids moyen avant sa maladie 103 kgs. En 1915 chancre de la lèvre inférieure suivi de roséole. Actuellement troubles de la démarche, faiblesse dans les jambes mais le malade sort chaque jour à la promenade en s'aidant de cannes. Le tissu graisseux est uniformément réparti, l'abdomen est peu saillant ; malgré son poids le malade a peu l'aspect d'un obèse.

Les fonctions digestives sont normales. On observe par intermittences des troubles sphinctériens (défécations impérieuses, etc). Appareil respiratoire normal. Le second bruit du cœur est clangoreux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 15-7 1/2. Pachon : 17-7. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

Obs. IV. — Obésité du type *Floride*.

Pel., cultivateur. Agé de 76 ans. Taille 1 m. 68. Poids 97 kgs. Obésité pure sans autre association morbide.

Antécédents maternels d'obésité ; un frère obèse (pesait

120 kgs à 50 ans). L'obésité n'est apparue chez ce malade que vers l'âge de 45 ans. Poids successifs : 65 kgs à 20 ans ; 113 kgs à 60 ans. Actuellement aspect pléthorique ; obésité abdominale très marquée. Aucune maladie jusqu'à l'âge de 73 ans ; a toujours mené une vie active en plein air. En 1919 ictus suivi d'hémiplégie droite avec aphasie ; ces phénomènes ont été transitoires, en quelques jours toute paralysie avait disparu. Le malade signale que depuis une dizaine d'années il est sujet à des maux de tête tenaces.

Les digestions sont normales mais la constipation est habituelle. Régime surtout végétarien. Le malade prend beaucoup d'exercice. Appareil respiratoire normal. Le second bruit du cœur est clangoreux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 24-9. Pachon 27-9. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Obs. V. — Obésité du type *Mixte*.

Dub. âgée de 60 ans. Taille 1 m. 54. Poids : 94 kgs.

Epilepsie d'origine syphilitique.

Antécédents maternels d'obésité. La malade a commencé à grossir après sa première grossesse. Mariée ; 4 enfants. Apparition de crises épileptiformes à l'âge de 36 ans ; vers cette époque accouchement à terme d'un enfant qui meurt deux jours après sa naissance.

Entrée à l'hôpital Tenon peu de temps après car les crises deviennent très fréquentes (jusqu'à 11 dans la même journée) et les maux de tête violents et tenaces. Le traitement est institué et l'améliore considérablement. Actuellement céphalée nocturne de temps en temps ; les crises épileptiformes avec chute, convulsions, écume aux lèvres, émission d'urine se produisent en moyenne deux fois par semaine.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin, la malade mange beaucoup. Le poids augmente progressivement 85 kgs en 1919 ; 94 kgs actuellement. La malade prend beaucoup d'exercice. L'obésité est surtout ab-

dominale : mensuration au niveau de l'ombilic ; 123 centimètres, Poumons et cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 16 1/2-9. Pachon : 19-10. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Obs. VI. — Obésité du type *Floride*.

Dep. âgé de 58 ans. Taille 1 m. 60. Poids : 91 kgs.

Emphysème pulmonaire. Ethylisme. Péricardite aiguë séro-purulente.

Antécédents héréditaires d'obésité. Le malade a toujours été très gros ; à 20 ans pesait 94 kgs. Poids habituel de 90 à 95 kgs.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin.

Dyspnée d'effort depuis 5 ou 6 ans. Pas d'albumine dans les urines.

Cœur : léger claquement du bruit aortique.

Tensions artérielles : à l'entrée 6 mai 1921 : R.R. : 17-10. P. : 21-11. Le 4 juillet 1921 : R.R. : 18 1/2-11 1/2. P. : 22 1/2-14. Mort subite dans la nuit du 18 au 19 juillet. Le malade très valide la veille (avait joué aux quilles) se sentant un peu oppressé vers le soir avait demandé du sirop d'éther et s'était couché plus tôt que de coutume sans présenter d'autres symptômes. Ses voisins ne l'ont pas entendu se plaindre dans le courant de la nuit ; a été trouvé mort dans son lit à 5 heures du matin. (Température de la journée de la veille : 30 degrés à l'ombre).

Autopsie. L'épaisseur maxima de la couche grasseuse de la paroi abdominale est de 62 millimètres. Le péricarde contient environ 30 grammes d'un liquide trouble d'apparence purulente, on remarque des plaques fibrineuses en différents endroits sur le péricarde viscéral. Il s'agit de péricardite aiguë.

Le cœur volumineux et mou s'étale sur la table. Poids 660 gr. Myocarde un peu pâle. Le ventricule gauche est un peu dilaté à parois molles ; épaisseur maxima 23 millimètres.

Épaisseur maxima de la couche graisseuse 9 millimètres. Orifice aortique normal. On trouve trois petites plaques d'athérome calcifié saillantes à un centimètre au-dessus des valvules. Orifice mitral normal. Ventricule droit dilaté ; épaisseur des parois : 12 millimètres. Épaisseur maxima de la graisse : 9 millimètres.

Orifice pulmonaire et tricuspide normaux.

Reins uniformément rouges sans atrophie de la substance corticale et sans augmentation de la graisse intra-rénale. Décapsulation bonne. Surface normale. Rein droit : 200 gr. Rein gauche : 210 gr. La graisse périrénale est très abondante.

Les capsules surrénales présentent de l'hyperplasie corticale et médullaire avec exagération de la pigmentation.

Lésions d'emphysème et œdème pulmonaire.

Le foie pèse 1950 grammes, congestionné, non muscade. La vésicule biliaire contient une dizaine de calculs gris, noirâtres, hérissés de pointes dures. Rate dure et congestionnée. Pancréas normal.

Il y a un peu de congestion des vaisseaux corticaux mais aucune lésion cérébrale. La mort est due à la péricardite.

Obs. VI, (bis). — Obésité du type *Mixte*.

Mar. âgé de 79 ans. Taille 1 m. 69. Poids 83 kgs. Cécité (Rupture de la sclérotique des 2 yeux avec expulsion des cristallins). Hypertension artérielle.

Entré à l'hospice de Brévannes le 3 février 1909.

Antécédents héréditaires d'obésité.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin.

Appareil respiratoire normal. Clangor aortique marqué.

Tension Artérielle : Février 1909 : R. R. : 22-11. P. : 26-13.

Tension Artérielle : Novembre 1920 : R. R. : 22-10. P. : 26-13.

Tension Artérielle : Juillet 1921 : R. R. : 24-11. P. : 23. 1/2-10.

Mort le 7 août 1921 avec phénomènes apoplectiques ayant fait penser à une hémorragie cérébrale. Coma, Stertor, Babinski très net à gauche, rien à droite. Pas de contractures.

L'autopsie montra qu'il s'agissait de méningite fibrineuse aiguë de la région rolandique droite. Les artères du cerveau sont très dures, il n'y a ni hémorragie ni ramollissement cérébral.

Le cœur est énorme. Poids 640 gr. Hypertrophie notable du ventricule gauche qui est de plus un peu dilaté. Épaisseur du V.G. : 17 millimètres. Orifices aortique et mitral normaux. Aorte souple, quelques plaques d'athérome.

La graisse périrénale est en quantité extrêmement abondante. Décortication et surface normales. Poids des reins : 150 gr. et 140 gr. Parenchyme rénal très réduit. La graisse intra-rénale est abondante.

Le foie pèse 1.300. Congestionné, non muscade. Poumons normaux.

Obs. VII. — Obésité du type *Mixte*.

Cham. âgé de 48 ans. Taille : 1 m. 77. Poids 89 kgs.

Ankylose de la hanche gauche par coxalgie.

Aucun antécédent d'obésité. Le malade n'a commencé à grossir que depuis le début de son immobilisation au lit dans un appareil plâtré. Durée de l'immobilisation 4 ans ; le poids à cette époque était de 100 kgs. Le malade signale qu'il maigrit sensiblement depuis qu'il se lève ; poids en 1920 (un an après la fin de l'immobilisation) 96 kgs ; poids actuel : 89 kgs.

Pas de troubles dyspeptiques, malade gros mangeur ; grand régime avec vin. Le malade se promène chaque jour en s'aidant de béquilles.

Appareil respiratoire : Emphysème pulmonaire léger. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension Artérielle : Riva-Rocci : 22-11. Pachon : 27-12. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. VIII. — Obésité du type *Floride*.

Pell. âgée de 70 ans. Taille : 1 m. 50. Poids : 85 kgs.

Antécédents paternels d'obésité. Obésité pure sans autre association morbide. La malade a toujours été grosse mais l'obésité s'est développée surtout depuis l'opération d'un kyste de l'ovaire (en 1914 à Necker, D. Legueu). Admise à l'hospice de Brévannes en 1915 non comme malade mais à titre de bénéficiaire de l'Assistance obligatoire, cette femme mène une vie active.

Aucun trouble digestif. Régime lacto-végétarien suivi depuis de nombreuses années ; jamais de vin ni bière ni alcool. Appareil respiratoire normal. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension Artérielle : Riva-Rocci : 23-13. Pachon : 25-11 1/2.
Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Obs. IX. — Obésité du type *Mixte*.

Lu., âgé de 59 ans. Taille 1 m. 68. Poids 84 kgs. 500.

Emphysème. Obésité modérée, surtout abdominale.

Aucun antécédent d'obésité. L'obésité s'est constituée vers l'âge de 40 ans, elle s'est accentuée sensiblement depuis l'entrée à l'hospice. Poids successifs : 75 kgs en 1918 ; 86 kgs en 1920.

L'emphysème a débuté vers 45 ans, depuis cette époque le malade ne peut faire aucun travail pendant l'hiver.

On note des troubles digestifs habituels ; le malade mange peu. Régime lacto-végétarien. Maux de tête fréquents.

Les bruits du cœur sont normaux.

Tensions artérielles : Riva-Rocci : 16-12 ; Pachon : 18-11 (noy. 1919) ; Riva-Rocci : 16-10 ; Pachon 19-10 (déc. 1921).

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. X. — Obésité du type *Mixte*.

Deg., âgé de 56 ans. Taille 1 m. 66. Poids 92 kgs 200.

Vertige labyrinthique, avec surdité totale à gauche.

Pas d'antécédents héréditaires d'obésité. Le malade a été obèse dès l'enfance. Poids à 21 ans, 99 kgs 500. Poids à 40 ans, 115 kgs. Poids maximum atteint : 130 kgs.

La maladie a débuté en 1916 par des vertiges, bourdonnements d'oreille, puis chute avec perte de connaissance. Actuellement les vertiges sont encore fréquents ; ils s'accompagnent toujours de chute du côté gauche, il y a surdité et diminution de l'acuité visuelle de ce côté.

Les fonctions digestives sont excellentes. Grand régime avec vin.

Le malade accuse des maux de tête fréquents.

Appareil respiratoire normal. Le second bruit du cœur est clangoreux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 19-11. Pachon 23-11.

Les urines contiennent des traces d'albumine par intermittences.

Polyurie et pollakiurie nocturnes.

Obs. XI. — Obésité du type *Mixte*.

Flam., 61 ans. Taille 1 m, 67. Poids 93 kgs.

Tabès avec amblyopie, légère incoordination.

Parents obèses. Le malade pesait 80 kgs à 20 ans. Poids en 1920, 95 kgs. Actuellement Romberg positif ; inégalité pupillaire, atrophie optique tabétique, abolition du réflexe patellaire.

Malade talonne légèrement et marche en s'aidant de cannes.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin.

Le foie n'est pas hypertrophié. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 15-9. Pachon 17-7.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le malade est en cours de traitement (Novarsénobenzol intraveineux).

Obs. XII. — Obésité du type *Floride*.

Char., âgé de 36 ans. Taille 1 m. 60. Poids 90 kgs 300 en mars 1920 ; 89 en septembre 1921.

Hémiplégie cérébrale infantile avec épilepsie. Ethylisme.

Parents obèses. Obésité dès l'enfance. Le malade a le teint très coloré ; le visage plein, l'obésité abdominale est accentuée.

Les crises épileptiques se produisent en moyenne deux ou trois fois par semaine. Il y a hémiplégie droite avec contractions surtout marquées au bras ; pied bot équín à droite. La marche est possible à l'aide d'une canne.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec bière.
Les bruits du cœur sont normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 18-11. Pachon : 20 9 1/2.

Pas d'albumine dans les urines.

Obs. XIII. — Obésité du type *Floride*.

Loc., âgé de 45 ans. Taille 1 m. 53. Poids 81 kgs 500.

Cécité par atrophie de l'œil gauche et décollement de la rétine à droite.

Pas d'antécédents héréditaires d'obésité. La malade a commencé à grossir à l'âge de 40 ans, au moment de la ménopause. Depuis cette époque le poids augmente peu à peu, 80 kgs, en 1920 ; 81 kgs 500 en 1921. Le teint est coloré ; léger éthylisme.

Les maux de tête sont fréquents. Varices volumineuses des deux jambes et cicatrices d'ulcères variqueux. Hernie inguinale droite.

Les digestions sont normales. Grand régime avec vin. Le foie est un peu gros. Les bruits du cœur sont normaux, il n'y a pas de clangor aortique. Appareil respiratoire normal.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 20-11. Pachon : 22 1/2 10.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XIV. — Obésité du type *Mixte*.

Var., âgé de 57 ans. Taille 1 m. 58. Poids 81 kgs.

Hémiplégie droite avec épilepsie Jacksonnienne.

Aucun antécédent héréditaire d'obésité. En 1907 ictus suivi

d'hémiplégie ; le malade entre à l'hôpital de la Charité. C'est depuis sa maladie que s'est constituée l'obésité. Entré à l'hospice de Brévannes en 1911, son poids s'accroît progressivement depuis cette époque. A noter que les crises épileptiformes deviennent de plus en plus rares.

Les troubles dyspeptiques sont fréquents ; la constipation est habituelle. Grand régime avec vin. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 14-8. Pachon : 16-10.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XV. — Obésité du type *Mixte*.

Bol., âgée de 60 ans. Taille 1 m. 61. Poids successifs : 82 kgs 500, en juin 1920, 82 kgs en 1921. Poids actuel, 78 kgs.

Ramollissement cérébral.

Pas d'antécédents héréditaires d'obésité. La malade a grossi seulement au moment de la ménopause. Opérée d'un fibrome en 1911. Actuellement dyspnée d'effort très marquée, léger embarras de la parole. Pas de maux de tête.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin.

Léger degré d'emphysème pulmonaire. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 21-11. Pachon : 22-11.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XVI. — Obésité du type *Mixte*.

Mo., âgée de 66 ans. Taille 1 m. 50. Poids 78 kgs.

Bronchite chronique, emphysème.

Antécédents maternels d'obésité. Début de l'obésité au moment de la ménopause. (Poids à 35 ans : 48 kgs).

Mariée, 1 enfant, les règles ont toujours été régulières. La malade prend beaucoup d'exercice ; fait fonction de cuisinière.

Les digestions sont assez bonnes, on note de fréquentes crises d'entérite. Les bruits du cœur sont normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 16 1/2-7. Pachon 19 1/2-71/2.
Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XVII. — Obésité du type *Mixte*.

Soy., 70 ans. Taille 1 m. 54. Poids 76 kgs.

Parents obèses. L'obésité est apparue dès l'enfance. Myocardite chronique et emphysème.

Le malade a été dans l'âge adulte un obèse du type Pléthorique ; son poids habituel était supérieur à 100 kgs. (Poids en 1914, 104 kgs). Il menait une vie très active, mais était sujet à de violents maux de tête, et présentait de la dyspnée d'effort.

Il y a 7 ans, il fait une crise d'asystolie, et depuis cette époque, il maigrit progressivement ; il signale qu'il se porte mieux depuis qu'il maigrit.

Actuellement, on note de la tachycardie sans arythmie ; le pouls varie de 120 à 128. Dyspnée permanente ; souffle systolique de la pointe. Foie augmenté de volume.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec lait.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 16-9. Pachon 18-9.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XVIII. — Obésité du type *Anémique*.

Sar., âgé de 78 ans. Taille 1 m. 60. Poids 81 kgs.

Parents obèses. Début de l'obésité vers l'âge de 35 ans ; après les grossesses (deux enfants). Règles toujours régulières. Crises d'entérite fréquentes qui ont cessé complètement après la ménopause. La malade a toujours été dyspnéique au moindre effort. Elle perd peu à peu son poids depuis quelques années. Poids en 1916, date de l'entrée à l'hospice de Brévannes, 104 kgs. Actuellement, facies pâle, dyspnée d'effort, palpitations par intermittences, œdème des jambes constant, quelques rares crises de coliques néphrétiques. Prolapsus utérin.

Les fonctions digestives sont assez bonnes, constipation. Grand régime avec vin.

Emphysème pulmonaire. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 16 1/2-6. Pachon : 19-6. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XIX. — Obésité du type *Mixte*.

Rev..., âgée de 60 ans. Taille 1 m. 60. Poids 76 kgs. 200. Paralysie pseudo-bulbaire.

Parents obèses. Obésité dès l'enfance. Mariée, 2 enfants. Deux ictus à un an d'intervalle ; le premier en 1913, le second en 1916. Il persiste un léger degré de paralysie de la jambe gauche. Démarche à petit pas. Troubles du langage. Fonctions digestives bonnes. Grand régime avec vin.

Clangor aortique : Riva-Rocci : 18-11. Pachon : 21-10 (juillet 1919).

Tension artérielle : Riva-Rocci : 22-10. Pachon : 22-8 (décembre 1921). Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XX. — Obésité du type *Floride*.

Bor..., âgée de 60 ans. Taille 1 m. 59. Poids, 79 kgs. 500. Hémiplegie droite avec aphasie. Spécificité.

Antécédents paternels d'obésité. Fièvre typhoïde à 18 ans. Mariée, 4 enfants vivants. La malade n'a commencé à devenir obèse qu'à l'âge de 42 ans ; vers cette époque elle eut un ictus suivi d'hémiplegie avec aphasie. Entrée à l'Hospice de Brévannes le 27 juillet 1904 ; elle marche facilement en s'aidant d'une canne ; léger embarras de la parole. Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin. Respiration normale. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 19-11. Pachon : 19-12. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XXI. — Obésité du type *Floride*.

Bap..., âgée de 56 ans. Taille 1 m. 50. Poids 87 kgs. Fistule vésico-vaginale.

Antécédents paternels d'obésité. Était maigre jusqu'à l'âge de 15 ans ; a grossi très rapidement dès l'apparition des règles. Mariée pas d'enfants. En 1910 ablation d'un fibrome ; les métrorragies continuent abondantes pendant les deux années qui suivent l'intervention puis cessent d'elles-mêmes.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin. La malade a une préférence marquée pour les légumes, elle absorbe une grande quantité de boissons (thé, café, tilleul). La face est constamment congestionnée, les maux de tête sont très fréquents ; il y a de la dyspnée d'effort.

Léger emphysème pulmonaire. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 19 1/2-11. Pachon : 22 1/2-11 1/2. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Obs. XXII. — Obésité du type *Floride*.

Beth..., âgée de 46 ans. Taille 1 m. 58. Poids 93 kgs.

Parents non obèses. La malade « grande et maigre » jusqu'à 30 ans a commencé à devenir obèse après la troisième grossesse.

Règles irrégulières, métrorragies fréquentes.

Entrée à l'Hospice de Brévannes en 1918, elle grossit beaucoup depuis son arrivée. Actuellement les métrorragies sont moins abondantes.

Fonctions digestives excellentes. Grand régime avec vin. La malade prend beaucoup d'exercice, travaille en dehors de l'hôpital.

Poumons et cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 17-10. Pachon : 18 1/2-10. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Obs. XXIII. — Obésité du type *Floride*.

Goi..., âgée de 60 ans. Taille : 1 m. 59. Poids : 82 kgs. Ulcère variqueux. Léger éthylisme.

Pas d'antécédents d'obésité. Obésité de la puberté. Poids à 30 ans : 80 kgs. Profession : cuisinière.

Entrée à l'Hospice de Brévannes le 11 novembre 1920. Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec bière (boit et mange beaucoup). Bruits du cœur normaux. Respiration normale.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 21-11. Pachon : 21-10. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Obs. XXIV. — Obésité du type *Floride*.

Bau..., âgé de 54 ans. Taille : 1 m. 70. Poids : 90 kgs. Hémiplégie gauche.

Parents non obèses. L'obésité s'est constituée chez ce malade à l'âge de 40 ans. En 1918 l'hémiplégie est apparue progressivement ; actuellement très peu de paralysie, le malade se sert un peu de sa main gauche et marche facilement à l'aide d'une canne. Le teint est coloré ; jamais de maux de tête.

Fonctions digestives normales. Grand régime avec vin. Malade gros mangeur et buveur.

Respiration normale. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 18 1/2-11. Pachon : 19 1/2-10. Pas d'albumine dans les urines.

Obs. XXV. — Obésité du type *Anémique*.

Seu..., 53 ans. Taille 1 m. 42. Poids 72 kgs 700. Néphrite albumineuse.

Parents non obèses. Début de l'obésité à 50 ans. Actuellement céphalée et douleurs lombaires fréquentes. Dyspnée au moindre effort ; le malade se promène au dehors chaque jour mais marche très peu de temps. Troubles dyspeptiques. Régime lacto-végétarien.

La respiration est normale. Le second bruit du cœur est clangoreux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 18-10. Pachon : 20-10. Les urines contiennent habituellement 1 gr. 50 d'albumine.

Obs. XXVI. — Obésité du type *Anémique*.

Leg..., 67 ans. Taille : 1 m. 33. Poids : 64 kgs. 400. Prolapsus utérin. Bronchite chronique.

Antécédents paternels d'obésité. Obésité de la ménopause. Les poussées de bronchite et de congestion des bases sont fréquentes, maux de tête habituels. Varices accentuées aux deux jambes. Les bruits du cœur sont normaux mais on note de la tachycardie habituelle à 100 ou 120. La malade est au grand régime avec vin, les troubles dyspeptiques sont fréquents, constipation.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 19-11. Pachon 21 1/2-11. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XXVII. — Obésité du type *Mixte*.

Mar..., âgée de 55 ans. Taille : 1 m. 44. Poids : 80 kgs. 500.

Parents non obèses. Obésité de la ménopause. Malade emphysémateuse sujette aux bronchites. Les maux de tête et les douleurs lombaires sont fréquents. Varices des membres inférieurs. Dyspnée d'effort.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin. La malade prend beaucoup d'exercice; travaille en dehors de l'Hôpital. Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 17-8. Pachon : 17-8. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XXVIII. — Obésité du type *Floride* (service du Dr Baudouin).

Four..., âgée de 58 ans. Taille : 1 m. 49. Poids : 67 kgs. 300. Teint très coloré. Tuberculose pulmonaire fibro-scléreuse. sous-crépitaunts des deux sommets.

Antécédents paternels et maternels d'obésité. Mariée 9 enfants morts en bas âge, mari mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 42 ans. Atteinte de congestion pulmonaire en 1918 la malade tousse depuis cette époque, en 1920 grippe suivie de congestion pulmonaire tenace, soignée à l'Hôpital

Lariboisière elle commence à engraisser très rapidement pendant sa convalescence. Poids à l'entrée à Lariboisière en janvier 1920 : 42 kgs. Poids à l'entrée à Bévannes le 17 août 1920 : 55 kgs. 500.

La malade très sujette aux poussées congestives pulmonaires est constamment dyspnéique, les sueurs nocturnes sont habituelles, la toux fréquente; les crachats ne contiennent pas de B. K. ; il n'y a jamais eu d'hémoptysie. Les maux de tête sont fréquents. Les fonctions digestives sont normales. Exercice très modéré, la malade sort chaque jour au dehors pour la cure d'air. Régime normal avec lait (1 litre par jour).

Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 15-1/2-7. Pachon : 16-7. Les urines ne contiennent pas d'albumine. |

Obs. XXIX. — Obésité du type *Mixte* (service du Dr Baudouin).

Per..., âgée de 46 ans. Taille : 1 m. 50. Poids : 74 kgs. 100. Tuberculose pulmonaire. Signes cavitaires du sommet gauche.

Antécédents héréditaires d'obésité. Frères et sœurs obèses. Obèse dès l'enfance. Mari mort de tuberculose pulmonaire en 1904, elle tombe malade peu de temps après (Hémoptysies en 1904 et en 1905). Entré au Sanatorium de Bévannes en 1907. Poids à cette époque 56 kgs.

La température oscille constamment entre 37°5 et 38° le soir. Les fonctions digestives sont normales. La malade absorbe beaucoup de légumes ; peu de viande. Grand régime avec lait (1 litre par jour). Peu d'exercice. Sort au dehors pour la cure d'air.

Clangor aortique.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 17-1/2-9 1/2. Pachon : 18-9. Les urines contiennent des traces d'albumine.

Obs. XXX. — Obésité du type *Mixte* (service du Dr BAUDOUIN).

Her. âgée de 23 ans. Taille 1 m. 47. Poids : 58 kg. 900.

Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse avec ramollissement du lobe supérieur droit.

Antécédents maternels d'obésité. Mariée ; deux enfants morts de méningite. En 1921 pleurésie droite. Entrée au sanatorium de Brévannes le 12 juillet 1921. Poids à cette époque 47,500. Amaigrissement, sueurs nocturnes, toux fréquente, crachats bacillifères ; jamais d'hémoptysies. La malade a commencé à grossir dès son arrivée. Grand régime avec bière. fonctions digestives assez bonnes (quelques brûlures d'estomac après les repas). Augmentation de poids de 11 kgs en 3 mois.

Les bruits du cœur sont normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 11-7. Pachon 12-6 1/2.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XXXI. — Obésité du type *Mixte* (service du Dr BAUDOUIN).

Gau. âgée de 33 ans. Taille 1 m. 68, 72 kgs.

Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse gauche. Pleurite adhésive. Excellent état général.

Pas d'antécédents héréditaires d'obésité. A 18 ans pleurésie purulente à droite. Etat actuel sous-crépitants aux deux sommets. Nombreux BK dans les crachats. La malade a commencé à engraisser seulement depuis un an. Son poids est passé rapidement de 66 kgs (Poids habituel) à 72 kgs poids actuel.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin. Cœur normal.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 14-7 1/2. Pachon : 14-8.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Obs. XXXII. — Obésité du type *Mixte* (Service du Dr BAUDOUIN).

Gir. 38 ans. Taille 1 m. 67. Poids 70 kgs 500.

Tuberculose pulmonaire fibro-caséuse. Ramollissement du sommet gauche, caverne sèche à droite.

Parents non obèses. L'obésité est apparue chez la malade après l'ovariotomie (août 1911). Actuellement obésité abdominale marquée.

Pleurésie avec épanchement en 1915. Jamais d'hémoptysie. Toux modérée, la température du soir atteint 37,5. Crachats bacillifères.

Les fonctions digestives sont normales. Grand régime avec vin. Le poids augmente progressivement.

Bruits du cœur normaux.

Tension artérielle : Riva-Rocci : 12-10. Pachon : 13-10.

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

*
* *

Nous avons classé nos malades par groupes dans les tableaux suivants en indiquant l'âge, la taille, le poids, le type d'obésité, la maladie et la tension artérielle :

PREMIER GROUPE
Malades confinés au lit

NOM	AGE	TAILLE	POIDS en kgr.	TYPE D'OBESITÉ	IMMOBILI- SATION AU LIT	MALADIE	TENSIONS	
							Riva-Rocci	Pachon
Gl.	44	1 ^m 57	94	Floride	12 ans	Hémiplégie	20-11 1/2	19-10 1/2
Fri.	65	1 ^m 52	90,800	Floride	12 ans	Paraplégie	»	18 1/2 - 7
Frœ.	59	1 ^m 50	85	Floride	15 ans	Paraplégie	24-13	25-11
Vinc.	61	1 ^m 45	92	Floride	7 ans	Genu Valgum	23-13	22-13
Rib.	68	1 ^m 47	66	Mixte	2 ans 1/2	Hémiplégie	24-13 1/2	27-11
Kn.	49	1 ^m 50	94	Mixte	6 ans	Hémiplégie	20-8	25-11
Hub.	71	1 ^m 50	74	Mixte	9 ans	Hémiplégie	26-15	27-13
Bes.	61	1 ^m 61	94,5	Mixte	2 ans	Tabes. Ins. aortiq.	21-5	24-4
Lagn.	71	1 ^m 56	76	Mixte	5 ans	Hémiplégie	17 1/2 - 8	19-8
Ch.	59	1 ^m 50	96	Mixte	9 ans	Rhumat. chroniq.	20-11	21-9
C.	67	1 ^m 60	123	Mixte	16 ans	Obésité pure	28-13 1/2	27-11
Osw.	54	1 ^m 43	123,5	Mixte	10 mois	Paralysie infantile	18-9	19-9
Cont.	77	1 ^m 47	78	Anémique	3 ans	Paraplégie	18-10	»

DEUXIÈME GROUPE
Malades demi-valides

NOM	AGE	TAILLE	POIDS en kgr.	TYPE D'OBESITÉ	MALADIE	TENSIONS	
						Riva Rocci	Pachon
Am.	66	1 ^m 70	99,5	Floride	Fracture col du fémur	21 1/2-9 1/2	26 1/2-10
Henr.	64	1 ^m 51	101,3	Floride	Obésité simple	20-10	24-9
Mar.	63	1 ^m 47	94	Floride	Emphyseme	24-11	25-10
Hec.	69	1 ^m 62	104	Floride	Tumeurs blanches	21-13 1/2	24-15
Van.	62	1 ^m 55	92	Mixte	Amputation jambe dr.	26-12	27-11
Dum.	45	1 ^m 54	92,7	Mixte	Paraplégie infantile	21 1/2-11	22-13
Wat.	50	1 ^m 53	85	Mixte	Paraplégie Σ	21 1/2-12 1/2	24-12
Hyy.	65	1 ^m 54	80	Mixte	Troubles parétiques	22-13	22-12
Pic.	38	1 ^m 50	84	Mixte	Paralysie infantile	14 1/2-9	18-11
Cant.	55	1 ^m 68	90	Mixte	Coxalgie gauche	27-18	31-16
Gou.	62	1 ^m 55	81,5	Mixte	Ulcère variqueux	23-14	25-15
Duv.	53	1 ^m 31	75,2	Mixte	Fracture du fémur	19-10	21-11
Br.	62	1 ^m 43	85	Mixte	Dyspepsie - Goître	21-9	26-10
Auel.	70	1 ^m 63	87	Mixte	Diabète gras	22-10 1/2	26-12
Dav.	53	1 ^m 47	73	Anémique	Néphrite	27-16	30-14
Hatt.	77	1 ^m 43	85,4	Anémique	Rhumat. chroniq. déf.	19-9	22-10
Lomb.	46	1 ^m 56	91	Anémique	Paraplégie Σ	14-7	17-7
Mor.	69	1 ^m 62	84,5	Anémique	Néphrite chroniq.	17-10	17-7 1/2

TROISIÈME GROUPE

Obèses valides

NOM	AGE	TAILLE	POIDS en kg.	TYPE D'OBÉSITÉ	MALADIE	TENSIONS	
						Riva-Rocci	Pachon
Mi.	58	1 ^m 66	103	Floride	Hémiplégie gauche Σ	13 - 8	17 - 7 1/2
Bos.	58	1 ^m 69	108	Floride	Hémiplégie droite.	22 - 12	28 - 11 1/2
Pel.	76	1 ^m 68	97	Floride	Obésité pure	24 - 9	27 - 9
Pell.	70	1 ^m 50	85	Floride	Obésité pure	23 - 13	25 - 11 1/2
Char.	36	1 ^m 60	89	Floride	Hémiplégie-Epilepsie	18 - 11	20 - 9 1/2
Loc.	45	1 ^m 53	81,5	Floride	Cécité.	20 - 11	22 1/2 - 10
Bor.	60	1 ^m 59	79,5	Floride	Hémiplégie Σ	19 - 11	19 - 12
Bap.	56	1 ^m 50	87	Floride	Fistule vésico-vaginale	19 1/2 - 11	22 1/2 - 11 1/2
Beth.	46	1 ^m 58	93	Floride	Métrorragies	17 - 10	18 1/2 - 10
Goi.	60	1 ^m 59	82	Floride	Ulcère variqueux	21 - 11	21 - 10
Bau.	54	1 ^m 70	90	Floride	Hémiplégie Σ	18 1/2 - 11	19 1/2 - 10
Dep.	58	1 ^m 60	91	Floride	Emphysème	18 1/2 - 11 1/2	22 1/2 - 14
Har.	38	1 ^m 76	100	Mixte	Paraplégie Σ	15 - 7 1/2	17 - 7
Dub.	60	1 ^m 54	94	Mixte	Epilepsie d'origine Σ	16 1/2 - 9	19 - 10
Cham.	48	1 ^m 77	89	Mixte	Coxalgie gauche	22 - 11	27 - 12
Lu.	59	1 ^m 68	84,5	Mixte	Emphysème	16 - 10	19 - 10
Deg.	56	1 ^m 66	92,2	Mixte	Vertige labyrinthiq.	19 - 11	23 - 11
Flam.	61	1 ^m 67	93	Mixte	Tabes avec amblyopie	15 - 9	17 - 7
Var.	57	1 ^m 58	81	Mixte	Hémiplégie dr.	14 - 8	16 - 10
Boi.	60	1 ^m 61	78	Mixte	Ramollissement cérébral	21 - 11	22 - 11
Mo.	66	1 ^m 50	78	Mixte	Br. chroniq. Emphysème	16 1/2 - 7	19 1/2 - 7 1/2
Mar.	79	1 ^m 69	83	Mixte	Cécité	24 - 11	23 1/2 - 10
Soy.	70	1 ^m 54	76	Mixte	Myoc. chron. Emphys.	16 - 9	18 - 9
Rev.	60	1 ^m 60	76,2	Mixte	Pseudo. bulbaire	22 - 10	22 - 8
Mar.	55	1 ^m 44	80,5	Mixte	Emphysème	17 - 8	17 - 8
Sub.	78	1 ^m 60	81	Anémique	Prolapsus utérin	16 1/2 - 6	19 - 6
Seu.	53	1 ^m 42	72,7	Anémique	Néphrite Σ	18 - 10	20 - 10
Leg.	67	1 ^m 33	64,4	Anémique	Prolapsus utérin	19 - 11	21 1/2 - 11
Four.	58	1 ^m 49	67,3	Floride	Tuberculose pulmon.	15 1/2 - 7	16 - 7
Per.	46	1 ^m 50	74,1	Mixte	Tuberculose pulmon.	17 1/2 - 9 1/2	18 - 9
Her.	23	1 ^m 47	58,9	Mixte	Tuberculose pulmon.	11 - 7	12 - 6 1/2
Gau.	33	1 ^m 68	72	Mixte	Tuberculose pulmon.	14 - 7 1/2	14 - 8
Gir.	38	1 ^m 67	70,5	Mixte	Tuberculose pulmon.	12 - 10	13 - 10

Il est facile de se rendre compte que dans le premier groupe (Malades confinés au lit) l'hypertension artérielle est la règle. Dans les 13 cas relatés toutes les tensions maxima sont très supérieures à la normale.

On constate, en effet, au Pachon que dans 8 cas Mx est supérieure à 20 (on note 3 Mx à 27, 2 à 25 puis 24, 22, 21) 5 fois Mx est supérieure à 18. De plus dans 7 cas la tension minima est supérieure à 10 1/2.

Avec la méthode de Riva-Rocci Mx est 2 fois supérieure à 25, 7 fois égale ou supérieure à 20, 4 fois égale ou supérieure à 17. Dans 8 cas la tension minima est égale ou supérieure à 11.

En présence de ces tensions extrêmement élevées chez des malades confinés au lit depuis plusieurs années nous nous sommes demandé si l'immobilisation prolongée n'était pas un facteur d'hypertension. C'est pourquoi nous avons mesuré systématiquement la tension chez 24 malades non obèses immobilisés au lit pendant une durée variant de 1 à 11 ans, soumis au même régime alimentaire et dont l'âge moyen (60 ans) est le même que celui de nos obèses.

Dans tous ces cas la tension artielle n'a été nullement augmentée par l'immobilisation, comme on peut s'en rendre compte par le tableau suivant :

Malades non obèses immobilisés au lit

NOM	AGE	POIDS en kgr.	IMMOBILI- SATION AU LIT	MALADIE	TENSIONS	
					Riva-Rocci	Pachon
M ^{mes} Brist.	60	43	4 ans	Rhumat. chronique déformant	15-8	14 1/2-10
Charp.	49	52	2 ans	Rhumat. chronique déformant	15-8 1/2	16-9
Gad.	60	43,300	4 ans	Tabes avec incoordination	14-8	15-8
Chab.	60	50	2 ans	Tabes avec incoordination	15 1/2-9	16-8
Lefeb.	46	41,300	10 ans	Arthropathie tabétique.	10-6 1/2	11-6
Rap.	62	48,200	21 mois	Hémiplégie droite	18-9	19-11
Sag.	74	44	8 ans	Hémiplégie gauche	18-6	22 1/2-9
Mau.	49	41	3 ans	Ostéite tibiale gauche	15 1/2-9	16-9
Hav.	73	40	1 an	Fracture du col du fémur	15 1/2-9	19-8
Chall.	68	41	8 ans	Idem	17-9 1/2	19-9
Mout.	73	38,500	1 an	Rhumat. chronique déformant	13-8	16-7
Lec.	66	44	20 mois	Idem	15-7	16 1/2-8
Prim.	79	50	18 mois	Cardio-sclérose	12-8	15-7
Seur.	56	44	8 mois	Hémiplégie droite	20-12	29-12
Laë.	51	66	3 ans	Sclérose en plaques	16-10 1/2	17-11
Mar.	62	56	11 ans	Fract. du col du fémur	14-7	15-7 1/2
Caz.	53	52	2 ans	Paraplégie	16-9	17-10
Lév.	56	37	3 ans	Tabes	13-8	14-8
Maig.	51	44	3 ans	Rhumat. chronique déformant	10-7	12-8
MM. Carr.	49	56	1 an	Coxalgie	15-10	17 1/2-9
Livem.	52	65	8 ans	Tabes	16-10	16-9
Mich.	50	65,200	4 ans	Paralysie agitante	14-10	Imposs.
Drou.	67	64,40	6 ans	Paraplégie	16-8	17 1/2-7
Lég.	68	52	17 mois	Rhumat. articulaires. Sénilité	16-10	20-11

Dans notre 2^e groupe des malades demi-valides l'hypertension artérielle est aussi la règle. Sur les 18 cas relatés, 15 fois la tension maxima est égale ou supérieure à 21 au Pachon; les 3 autres cas atteignent 18, 17, 17. La tension minima est 15 fois égale ou supérieure à 10.

Avec la méthode Riva-Rocci, sur les 18 cas, 13 fois Mx atteint ou dépasse 20, 3 fois elle atteint ou dépasse 17. Deux fois seulement les tensions sont normales : 14,5-9 et 14-7. Enfin la tension minima atteint et dépasse 11 dans 8 cas.

Comme on le voit, ici encore, les tensions systoliques et diastoliques sont très élevées dans la majorité des cas.

Les obèses valides du 3^e groupe sont aussi pour la plupart des hypertendus, mais Mx et Mn sont dans l'ensemble un peu moins élevées que dans les deux premiers groupes.

En effet sur 33 cas 13 fois seulement la tension maxima est égale ou supérieure à 21 au Pachon ; 15 fois elle est égale ou supérieure à 17 ; 5 fois elle est au-dessous de 17. Enfin la tension minima est 19 fois égale ou supérieure à 10.

Au Riva-Rocci 9 fois Mx atteint ou dépasse 20 ; 11 fois elle s'échelonne entre 17 et 20 ; 13 fois elle est au-dessous de 17. La tension minima encore élevée atteint ou dépasse 11 dans 14 cas.

Si on compare les diverses tensions d'après les types d'obésité on constate que dans le type Floride les grands hypertendus se rencontrent d'une façon plus constante que dans les types Mixte et Anémique.

Dans nos 8 observations d'obésité du type Anémique nous notons une tension normale et exception faite pour un cas de néphrite avec forte hypertension les autres cas s'accompagnent d'hypertension légère.

Dans les cas où l'indice d'obésité est très élevé, il semble aussi que l'hypertension artérielle soit plus constamment observée que dans les autres cas.

En résumé *l'hypertension artérielle est la règle chez nos obèses de Brévannes ; on la rencontre en effet dans 85 o/o des cas.* Pourtant il n'en est pas toujours ainsi et une coïncidence aussi fréquente entre l'obésité et

l'hypertension artérielle ne se retrouve plus chez les obèses valides de ville.

Le tableau suivant que M. le Dr Aubertin a eu l'amabilité de nous communiquer montre, en effet, que très fréquemment on observe chez ces malades des tensions normales.

Obèses valides de ville

NOM	AGE	TAILLE	POIDS en kgr.	RIVA-ROCCI	FACHON ¹
Br.	50	1 ^m 55	97	12 1/2 - 8	»
Mou.	32	1 ^m 54	75	11 - 8	12 - 8
Buh.	36	1 ^m 77	87	12 - 9	12 - 9
Buf.	20	1 ^m 58	83	12 - 8	15 - 8
Sau.	69	1 ^m 79	105	13 - 8	15 - 8
Lau.	51	1 ^m 72	95	13 - 9	16 - 8
Hay.	32	1 ^m 72	113	12 1/2-8 1/2	16 - 8
St-L.	34	1 ^m 79	109	13 - 9	16 - 9
Hof.	45	1 ^m 81	102	14 - 9 1/2	16 - 9 1/2
Rai.	60	1 ^m 56	82	14 1/2 - 9	»
Toc.	44	1 ^m 60	84	14 1/2 - 9	17 - 9
Ni.	55	1 ^m 80	114	15 - 10	18 - 9
Du.	56	1 ^m 87	98	13 - 9	18 - 9
Nou.	65	1 ^m 62	75,5	15 - 9	18 - 9
Ver.	55	1 ^m 55	96	14 - 10	18 - 10
Bal.	59	1 ^m 65	88	15 1/2 - 10	18 - 10 1/2
Se.	55	1 ^m 61	97	19 - 12	20 - 11 1/2
Ch.	60	1 ^m 62	95	18 - 11	21 - 10 1/2
Pe.	45	1 ^m 78	120	18 - 10 1/2	24 - 10 1/2
Lem.	»	1 ^m 64	92	25 - 13	26 - 12 1/2
Lac.	47	1 ^m 70	101	24 - 16	26 - 16
Tho.	43	1 ^m 76	95	25 - 15	29 - 15 1/2

Dans ces 22 cas il s'agit comme pour les malades de Brevannes, d'obésité simple, sans glycosurie ni albuminurie, ni signes d'insuffisance rénale; les indices d'obésité sont aussi les mêmes. On note au Riva-Rocci 14 tensions systoliques normales c'est-à-dire égales ou in-

férieures à 15; 5 tensions systoliques de 15 à 20 et 3 tensions systoliques supérieures à 20. Ce qui donne une proportion minime de grands hypertendus et une proportion relativement faible d'hypertendus moyens.

Comme on peut s'en rendre compte par les chiffres suivants les tensions artérielles diffèrent suivant qu'il s'agit de malades d'hôpital ou de malades de ville :

	MALADES D'HOPITAL	MALADES DE VILLE
Tensions normales.....	10,1 0/0	63,6 0/0
Hypertensions moyennes.....	46,3 »	22,7 »
Hypertensions fortes.....	43,4 »	13,6 »

Sans pouvoir donner d'explication satisfaisante à ces faits on peut remarquer que l'âge des malades de ville est en général inférieur à celui des malades de Brévannes; de plus les malades d'hôpital sont soumis à des conditions qui favorisent particulièrement l'apparition de la pléthore : sédentarité excessive, alimentation trop riche en hydrates de carbone, plus grande fréquence d'un certain degré d'alcoolisme chronique.

Quoi qu'il en soit, étant donné la fréquence de l'hypertension artérielle dans l'obésité simple on devra toujours surveiller attentivement l'état de la tension dans ces cas ; aucun autre moyen clinique ne pouvant faire prévoir les accidents cardiaques inopinés qui frappent si souvent les obèses. On aura aussi dans la cure d'amaigrissement à surveiller en même temps que la diminution du poids du corps l'abaissement de la tension artérielle qui devra toujours s'effectuer très progressivement.

CONCLUSIONS

Dans le but de rechercher les rapports qui existent entre l'obésité simple et l'hypertension artérielle nous avons étudié la tension de tous les malades obèses du service du D^r Aubertin à l'hospice de Brévannes.

Chez les malades immobilisés au lit pendant des périodes variant de 10 mois à 15 ans nous avons trouvé une tension artérielle constamment élevée (moyenne des tensions systoliques au Pachon : 22,8; avec la méthode Riva-Rocci : 20,9. Moyenne des tensions diastoliques Pachon : 9,8; Riva-Rocci : 10,6). Cette coïncidence constante entre l'hypertension artérielle et l'obésité chez les malades confinés au lit est soulignée par ce fait que chez un grand nombre d'autres malades non obèses et se trouvant dans les mêmes conditions d'immobilisation au lit et de régime les tensions artérielles sont normales.

Parmi les obèses demi-valides nous avons trouvé une très forte proportion d'hypertendus (deux fois seulement les tensions sont normales sur 18 cas). La moyenne des tensions systoliques atteint 23,8 au Pachon; 21,2 au Riva-Rocci. La moyenne des tensions diastoliques est de 11,4 (Pachon); 11,7 (Riva-Rocci).

Pour les obèses valides la tension est en général moins élevée (moyenne des tensions systoliques Pachon : 19,8; Riva-Rocci : 17,9; moyenne des tensions diastoliques Pachon : 9,5; Riva-Rocci : 9,6).

Quelques tuberculeux obèses du service du Dr Baudouin ont présenté des tensions artérielles moins fortes que celles de nos malades des chroniques mais cependant notablement plus élevées que les tensions de tuberculeux non obèses.

Cette coexistence si fréquente de l'hypertension chez les obèses d'hôpital ne se rencontre pas chez les malades de ville. Chez ces derniers en effet, suivant la statistique du Dr Aubertin, les tensions normales s'observent dans 63,6 o/o des cas alors que chez les malades hospitalisés elles ne se rencontrent que dans 10,1 o/o des cas.

En recherchant les rapports qui existent entre l'intensité de l'obésité et le degré d'hypertension nous avons constaté que plus l'indice d'obésité est élevé, plus l'hypertension est constante.

Bien que l'obésité simple et l'hypertension artérielle soient fréquemment associées nous ne croyons pas que l'obésité par elle-même puisse produire l'hypertension.

En raison de la coïncidence fréquente de l'hypertension artérielle avec l'obésité on devra se rendre compte fréquemment de l'état de la tension chez tous les obèses, et particulièrement chez les obèses valides, car ces malades ont le plus souvent de l'hypertension latente et sont exposés à de graves accidents malgré leur apparence de santé parfaite.

Vu, le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président,
MÉNÉTRIER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

Bertowith. — *Thèse de Paris* 1907. Obésité génitale chez la femme.

Binet. — Hypertension artérielle et hypertrophie du foie chez les obèses. *Rapport au Congrès français de Médecine de Paris* 1907.

Boivin. — *Thèse de Paris* 1910. Cure de l'obésité.

Cavaillon. — Traitement de l'obésité. *Thèse de Paris* 1913.

Debove et Achard. — *Manuel de Médecine.*

Enriquez et Laffite. — *Traité de Médecine.*

Florand et François. — La goutte et l'obésité.

Grahand. — Syndrome adiposo-génital. *Thèse de Paris* 1909.

Heckel. — Grandes et petites obésités. Masson 1920.

Javal. — Obésité hygiène et traitement. *Thèse de Paris* 1900.

Kahn. — *Thèse de Paris* 1918. Obésité et métrorragies.

Labbé M. — Obésité simple et obésité compliquée. *Rapport au Congrès français de Médecine de Paris* 1907.

Le Noir. — L'obésité et son traitement. Baillière 1907.

Martinet. — *Presse Médicale* du 22 janvier 1921.

A. Mathieu. — Hygiène de l'obèse. Masson 1906.

G. Mouriquand — (de Lyon). Obésité infantile. *Bulletin Médical* du 31 décembre 1921.

P. Merklen. — L'hypertension dans un centre de l'intérieur. *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 26 octobre, 1917.

Gallavardin. — La tension artérielle en clinique.

Oulmont et Ramond. — L'obésité. Doin 1907.

Vaquez. — Maladies du cœur. *Traité de Médecine et de thérapeutique*.

Gilbert et Carnot. — Tome XXIII. Baillière 1921.

Worthington. — *Thèse de Paris*. 1875.

Marcel Labbé et Louis Furet. — *Société Médicale des Hôpitaux*, séance du 31 juillet 1908.

Leven. — L'aérophagie (Doin 1920).

Ramond et Louste. — Troubles cardiaques dans l'obésité. (*Bulletin de la Soc. Anatomique*, 1904).



